

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1970

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Bernard DEMALDENT

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux Privés

Né le 20 Avril 1937, à Boulogne (92)

Présentée et soutenue publiquement le

197

**REFLEXIONS SUR LES EFFETS BENEFIQUES
ET LES INSUFFISANCES DE L'ANTIBIOTHERAPIE
DANS LES OTITES AIGUES**

Président : M. AUBRY, Professeur

PARIS — 1970

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1970

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Bernard DEMALDENT

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux Privés

Né le 20 Avril 1937, à Boulogne (92)

Présentée et soutenue publiquement le

197

**REFLEXIONS SUR LES EFFETS BENEFIQUES
ET LES INSUFFISANCES DE L'ANTIBIOTHERAPIE
DANS LES OTITES AIGUES**

Président : M. AUBRY, Professeur

PARIS — 1970

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

PAR

DE

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

ET

DE

PAR

PAR

PAR

IV

PAR

REFLEXIONS SUR LES EFFETS BENEFIQUES
ET LES INSUBSANCES DE L'ANTIDOTERAPIE
DANS LES CAS



PAR

PAR

A MON PERE

Dr. Jean Pierre DEMALDENT

Laryngologiste de l'Hôpital St. Joseph

C'est sur sa demande et dans son service
qu'ont été réunis les éléments de cette
thèse.

A M A F E M M E

A M E S E N F A N T S



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550207_0034

A Monsieur le Professeur Maurice AUBRY.

Professeur de la Chaire O.R.L.

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur.

Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommages respectueux.

A Monsieur le Docteur Raymond BATISSE
Laryngologiste de l'Hôpital N.D. de Bon Secours

Je lui dois la plupart des connaissances
de la pratique O.R.L.

A Monsieur le Docteur Edouard MAHE
Chef de service adjoint O.R.L. de l'Hopital
BON SECOURS

A M E S M A I T R E S

Mrs. les Professeurs : Sylvain BLONDIN

J. NICK

VIGNALOUX

F. LHERMITTE

GAUTIER

BOUDIN

CONTAMIN

- I N T R O D U C T I O N -

Le sujet de ce travail sera limité aux traitements des otites aiguës à l'exclusion des otites chroniques ou des poussées de réchauffement des otites chroniques.

Action bénéfique des antibiotiques dans le traitement des otites aiguës.

Il n'est, en effet, nullement question dans ces réflexions, de nier les avantages considérables de l'antibiothérapie dans le traitement des otites.

On peut même affirmer que son apparition vers les années 1945-1946 a modifié considérablement l'exercice de l'otologie aussi bien dans la clientèle privée que dans la pratique hospitalière.

Ce mouvement avait été amorcé, bien que très incomplètement par la chimiothérapie sulfamidée.

Il est manifeste que certaines otites aiguës peuvent guérir par l'antibiothérapie seule ou associée aux anti-inflammatoires, sans entraîner de séquelles ni de complications, mais à la condition essentielle que le diagnostic de la forme clinique de l'otite ait été établi préalablement par un examen soigneux du malade, et que l'évolution ait été suivie.

C'est là l'intérêt, nous le verrons, de ces quelques réflexions.

Il est encore plus certain que les complications graves qui constituaient jadis le fond du travail quotidien de nos services spécialisés avant 1944, ont pratiquement disparu.

Il est superflu de rappeler que les mastoïdites fréquentes autrefois en clientèle hospitalière sont devenues très rares.

Dans le service O.R.L. de l'hôpital St. Joseph, les mastoïdectomies pratiquées chez les enfants et les adultes étaient trihebdomadaires voire même quotidiennes en période grippale. Nous arrivions donc à totaliser un chiffre annuel très important de ces interventions, sans compter les antrotomies du nourrisson.

Le chiffre annuel est tombé à moins de 10 mastoïdectomies par an, ces dernières années, malgré une très légère recrudescence actuelle, trop souvent liées, nous le verrons à des erreurs thérapeutiques.

Les complications plus graves encore: thrombophlébitiques et septicémiques, les méningites otogènes, qui se voyaient couramment avant l'ère de l'antibiothérapie sont devenues rarissimes.

On peut donc, comme l'indique le titre de ce travail, parler des effets bénéfiques de cette thérapeutique.

Mais comme souvent dans la pratique médicale, l'antibiothérapie a ses abus et ses insuffisances.

Ces insuffisances sont souvent dues, il faut le dire, à l'ignorance qu'ont les thérapeutes des différentes formes cliniques des otites aiguës et au défaut total de surveillance clinique et étio-logique de l'évolution des otites ainsi médicalement traitées.

Trop de généralistes, trop de pédiatres, trop même de spécialistes otologistes pratiquent une thérapeutique standard des otites par l'antibiothérapie, sans examen soigneux de l'oreille, sans recherche de symptômes associés, sans aucune surveillance clinique et otologique.

Ce sont là des erreurs que nous voudrions faire connaître, car elles constituent une pratique légère et inhabile susceptible d'entraîner déboires, complications ou séquelles.

Pour terminer cette introduction, nous indiquons tout de suite que nous ne chercherons pas à ~~codifier~~le traitement antibiotique lui-même qu'il soit seul en action, ou associé à d'autres traitements tels que les anti-inflammatoires ou la paracentèse du tympan.

En effet, chaque médecin, chaque spécialiste a ses habitudes dans le choix de l'antibiotique, dans sa forme d'introduction, dans sa posologie.

Nous nous bornerons à dire qu'il faut que cette antibiothérapie soit, avant la connaissance du germe et de l'antibiogramme, une antibiothérapie à large spectre ou une association polyvalente et qu'elle soit convenablement dosée, et d'une durée suffisante.

: - : - : - : - : - : - : - :

II.- DIAGNOSTIC PRECIS DE LA FORME CLINIQUE DE L'OTITE AIGUE

Il faudra donc pour établir notre traitement savoir de quelle forme anatomo-clinique d'otite il s'agit ou d'apprécier à quel stade nous sommes.

Je le répète encore ici, trop de médecins généralistes, trop de pédiatres font le diagnostic d'otite uniquement sur des signes fonctionnels et généraux sans réel examen clinique, sans otoscopie et déclanchent alors une thérapeutique antibiotique standard sans surveillance otologique.

L'abus de cette attitude est si réel que nous voyons parfois dans nos consultations spécialisées des malades traités depuis plusieurs jours pour des otites imaginaires, avec force gouttes auriculaires et antibiothérapie intensive alors qu'il ne s'agit nullement d'otite mais d'otalgie ou mastodynie de la cervicarthrose,otalgie de certaines néoplasies (langue, sinus piriforme)

Toutes ces affections baptisées otites et soignées comme telles prouvent le peu de sérieux de l'examen clinique du malade.

Poser le diagnostic de la forme anatomo-clinique de l'otite en se basant uniquement sur les signes fonctionnels et généraux, comme il est très souvent pratiqué expose à des erreurs.

Nous savons bien qu'il existe des formes d'otites congestives chez l'enfant et même chez l'adulte extrêmement bruyantes avecotalgie très vive, amenant plaintes chez l'adulte, pleurs et cris, voire agitation chez l'enfant, associées souvent à une forte fièvre aux environs de 39°, 39°5.

Il ne s'agit alors parfois que d'un simple "feu de paille" impressionnant, susceptible de s'éteindre rapidement sans séquelles avec une thérapeutique banale voire même sans thérapeutique.

A côté de cette forme spectaculaire, nous voyons souvent des otites suppurées susceptibles d'entraîner des complications et des séquelles, sans grande otalgie avec un état seulement subfébrile.

Dans les deux cas l'erreur est fatale si l'on se base uniquement sur les signes fonctionnels et généraux.

: - : - : - : - : - : - : - : - :

III.- FORMES ANATOMO-CLINIQUES ET INDICATIONS DU TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

a) Le simple catarrhe tubaire sort un peu des limites de ces réflexions, car il s'agit plus souvent d'un trouble barométrique de la fonction tympano-ossiculaire que d'une otite réelle, nous ne l'aborderons donc pas.

Cependant, nous ferons remarquer que si la cause initiale rhino-pharyngée n'est pas complètement éteinte, il sera logique d'associer une antibiothérapie aux traitements anti-inflammatoires, avant d'en arriver aux thérapeutiques actives (insufflation tubaire, injections transtympaniques)

b) l'otite congestive: Elle est très fréquente chez l'enfant, et nullement rare chez l'adulte au cours au décours le plus souvent d'une affection rhino-pharyngée. Elle se traduit par une otalgie extrêmement vive, le plus souvent unilatérale, sensation de plénitude de l'oreille, avec parfois autophonie.

La température est très variable, parfois presque nulle, souvent très élevée du fait du foyer infectieux causal; on conçoit que devant ces signes fonctionnels et généraux spectaculaires, on puisse penser à une otite sévère.

Cependant si un examen sérieux était pratiqué, des signes rassurants viendraient attirer l'attention du clinicien.

En effet, malgré la sensation de plénitude de l'oreille, malgré l'autophonie, l'examen révèle que l'hypoacousie est très relative, la voix chuchotée est très bien entendue.

D'autre part, on s'aperçoit que si l'otalgie est forte avec douleurs

irradiées périauriculaires, la palpation appuyée ne provoque pas de douleurs vives et manifestes dans la région antro-mastoïdienne.

Enfin l'otoscopie montrerait, si elle était pratiquée, ce qui n'est pas toujours le cas, hélas, un tympan rouge dans son ensemble, mais non infiltré, encore légèrement lumineux, non bombé, souvent rétracté.

Souvent le tympan n'est que rosé, lumineux, avec shrapnell rouge et hypervascularisation le long du manche du marteau.

Cette forme d'otite est éminemment favorable aux traitements médicaux. Elles peuvent guérir aussi spontanément sans aucun traitement elles s'améliorent en général en quelques heures avec des instillations antiphlogistiques auriculaires et avec des antalgiques légèrement anti-inflammatoires, comme les dérivés de l'acide acétyl, salicylique.

Cependant si les signes généraux sont importants, devant l'impossibilité de connaître l'évolution ultérieure de cette otite, nous croyons, malgré la possibilité de guérison spontanée, qu'il est logique et sage d'associer aux traitements habituels une antibiothérapie de 4 à 5 jours per os.

Il est important aussi, surtout en cas d'antibiothérapie, qui peut entraîner un effet de "masque" de suivre cliniquement l'évolution de cette otite.

L'apparition d'une hypoacousie importante avec autophonie, la découverte à la palpation d'une douleur antro-mastoïdienne, doivent faire craindre, malgré la disparition trompeuse de l'otalgie spontanée et de la fièvre, l'évolution vers l'otite séreuse ou même suppurée que l'examen du tympan viendrait confirmer.

A ce stade, la poursuite acharnée d'un traitement antibiotique

renforcé ou modifié, non associé au drainage, est susceptible d'entraîner complications et séquelles que nous verrons par la suite.

c) l'atticite aigue qui se rapproche un peu de cette forme congestive, est souvent la plus redoutable.

Elle donne une apparence trompeuse de bénignité.

Si les douleurs sont vives, avec parfois céphalées et état légèrement vertigineux, l'audition est, en général, subnormale, l'otoscopie peut révéler une pars tensa quasi normale, grise, lumineuse; seul le shrapnell est rouge et légèrement bombé.

Cette forme trompeuse doit être traitée par une antibiothérapie, associée aux anti-inflammatoires. Cette antibiothérapie doit être correctement dosée et suffisamment prolongée, car il n'est pas question, à ce stade, de faire une paracentèse, inopérante sur cette pars tensa normale; l'ouverture du shrapnell n'étant, en général, pas souhaitée.

C'est dans ces formes que le clinicien doit être particulièrement vigilant dans sa surveillance évolutive. Mais elles sont susceptibles de donner sans traitement des complications précoces cochléo vestibulaires ou méningées.

d) otite séreuse: L'otite séreuse peut être un stade plus avancé évolutif de l'otite congestive, elle peut sembler être apparue d'emblée.

En général, la douleur est moindre que dans l'otite congestive, souvent elle est absente et s'apparente plus à une gêne qu'à une douleur. Par contre, la sensation d'oreille bouchée est beaucoup plus nette, la température est essentiellement variable, parfois normale, parfois légèrement augmentée. L'examen otoscopique révèle un tympan

un peu blanchâtre, parfois légèrement bombé en arrière, parfois subnormal, parfois un peu terne avec vision d'un niveau liquide.

L'examen de l'audition à la voix chuchotée, à la montre, aux diapasons, ou à l'audiométrie révèle une véritable hypoacousie d'oreille moyenne, avec weber latéralisé du côté de l'oreille malade et Rinne négatif.

Quel est le rôle de l'antibiothérapie dans ces formes ? Il est discutable, car ce sont des formes plus inflammatoires qu'infectieuses; le traitement sera donc essentiellement les anti-inflammatoires majeurs comme les corticoïdes ou dérivés s'il n'y a pas de contre-indication médicale, mineurs en cas de contre-indication des corticoïdes.

Cependant, s'il existe de petits phénomènes infectieux associés, ou des signes d'un foyer rhino-pharyngé non éteints, il sera prudent d'associer une antibiothérapie, en sachant qu'à elle seule elle est peu active.

Il faut encore, là aussi, suivre attentivement l'évolution. Si l'amélioration tarde, il faudra pratiquer des traitements locaux actifs. Ponction transtympanique de corticoïdes, paracentèse, ou si la lésion a tendance à passer à la chronicité, drainage et aération permanente transtympanique.

e) Otite suppurée: Les signes fonctionnels et généraux en sont variables. Ils peuvent être atténués avec otalgie légère, simple pesanteur avec sensation de plénitude, état subfébrile.

Ils sont le plus souvent beaucoup plus nets; otalgie franche avec irradiations postérieures mastoïdiennes, parfois irradiations antérieures, surtout chez l'enfant jeune; fièvre manifeste, parfois très élevée.

L'examen otoscopique révèle un tympan bombé parfois très rouge parfois plus blanchâtre. La palpation, signe important, révèle souvent une douleur antro-mastoïdienne à la pression de la région antrale; enfin l'hypoacousie, variable, est manifeste.

C'est devant ce tableau clinique, qui devrait, pour être reconnu, un sérieux examen clinique, et non une simple appréciation trompeuse de signes fonctionnels et généraux, qu'il faut être particulièrement prudent dans le choix de la décision thérapeutique.

Il faut bien savoir qu'à côté des cas, où l'ouverture spontanée amène un drainage souvent un peu tardif et insuffisant, le traitement antibiotique seul, s'il peut parfois amener une guérison sans complications ni séquelles, comporte des risques manifestes que l'on n'a pas le droit d'ignorer. Il peut, en effet, entraîner une forme larvée ou bâtarde, par effet de "masque" selon l'expression maintenant classique.

Il s'agit alors d'un véritable enkystement de la suppuration qui a perdu sa virulence, entraînant une atténuation importante, voire même une disparition des signes fonctionnels et généraux.

Ce sont ces formes bâtardes et masquées, abandonnées à elles-mêmes, du fait de cette pseudo-guérison qui peuvent entraîner de graves complications semi-tardives, ou des séquelles: otites chroniques suppurées ou otites scléro-adhésives.

Le drainage met, en général, à l'abri de cette évolution fâcheuse; l'antibiothérapie associée protégeant le malade de complications graves, fréquentes autrefois, si rares aujourd'hui.

Un de nos Maîtres, professeur au collège de médecine des hôpitaux de Paris a pu dire cette boutade, à l'occasion d'une conférence sur la chirurgie de la surdité, que la paracentèse est la première et l'une des plus importantes interventions contre la surdité.

Si, pour une raison quelconque, on se croit autorisé à ne pas pratiquer le drainage, se confinant à la seule antibiothérapie, il importera dans ce cas particulier, de bien suivre cliniquement l'évolution jusqu'à ce que le tympan soit redevenu subnormal, jusqu'à ce que la douleur antrale ait disparu, jusqu'à ce que l'audition soit redevenue à peu près correcte.

Toute douleur mastoïdienne résiduelle, tout tympan restant infiltré, toute surdité importante qui persiste doivent faire pratiquer une paracentèse retardée, encore souvent efficace. Il faut surtout, et avant tout, comme il est fait trop souvent, ne pas reprendre une antibiothérapie accrue et différente isolée, sans drainage préalable.

f) Otites ouvertes spontanément: Dans ce cas, on peut se contenter, bien souvent, de l'antibiothérapie spécifique, si possible, lorsqu'on peut avoir un antibiogramme rapide; mais si l'évolution reste incertaine et hasardeuse avec insomnies, pâleur, sueurs, état subfébrile, hémicranie, il ne faut pas hésiter à associer à l'antibiothérapie une large paracentèse. Le drainage spontané bien qu'abondant étant insuffisant (drainage par trop plein ou regorgement)

g) Otites phlycténulaires: En principe en opposition avec les otites banales qui sont d'origine microbienne et tubo-tympanique, les otites phlycténulaires sont d'origine virale.

Il serait donc logique de penser que dans cette forme d'otite l'antibiothérapie ne peut être opérante.

Mais d'abord, est-on capable d'affirmer cliniquement l'origine virale d'une otite phlycténulaire ?

D'autre part, comme dans les autres affections virales grippales, en général le virus fait le lit de l'infection secondaire

rhino-pharyngée et tubo-tympanique.

C'est pourquoi, même dans ce cas paradoxal, il est sage d'associer au traitement anti-viral et local, une antibiothérapie de couverture.

Il faut néanmoins que le clinicien soit éclectique. Il y a des formes légères et fines où l'examen révèle des phlyctènes épaissies sur un tympan peu modifié, opposant de vives douleurs spontanées irradiées, à une indolence au palper appuyé de la région antrale, avec conservation d'une audition subnormale; dans ces cas précis on est autorisé à différer le traitement antibiotique de quelques heures. Dans ce cas, si l'amélioration attendue ne se produit pas, il faudra commencer l'antibiothérapie, envisager une paracentèse que le premier stade aurait fait différer.

Il en ira de même dans les grosses otites phlycténulaires qui d'emblée présentent une association de grosses phlyctènes souvent sanglantes, et d'un tympan modifié avec douleur antrale et hypoacousie.

Devant ces cas, il faut d'emblée songer à une importante association microbienne tubo-tympanique et associer l'antibiothérapie importante au drainage par paracentèse.

Nous avons ainsi montré les différentes formes anatomo-cliniques des otites et la part thérapeutique qui peut être isolée ou associée au drainage suivant les cas.

Nous ajouterons que lorsqu'une forme d'otite est trainante avec évolution peu favorable, malgré une antibiothérapie bien conduite, il importe, si possible, d'en connaître le germe et l'antibiogramme.

Nous verrons ultérieurement l'intérêt de ce traitement quasi-spécifique.

Si les règles que nous avons émises ne sont pas respectées, le clinicien peut exposer son malade à des complications ou à des séquelles qu'il nous faut bien connaître.

:--:-:-:-:-:

III.- SEQUELLES POSSIBLES APRES LA NON-OBSERVATION DES REGLES CI-DESSUS EMISES DANS LE TRAITEMENT DES OTITES

Nous commencerons ce chapitre en affirmant que si, en apparence, elles ne sont pas bruyantes, les complications tardives des otites traitées incorrectement par antibiothérapie seule et sans surveillance entraînent cependant des séquelles redoutables pour la fonction primordiale des oreilles: l'audition.

Ce sont ces séquelles tardives qu'il faut absolument connaître et faire connaître aux praticiens généralistes et pédiatres.

Depuis la disparition presque complète des complications graves des otites, ces complications fonctionnelles tardives sont parfois redoutables dans leur conséquence sociale.

Il s'agit, avant tout, des otites scléro-adhésives cicatricielles. Elles sont le fait, soit d'otites répétées, soignées par les antibiotiques sans surveillance otologique, soit d'otites suppurées spontanément mal drainées et mal surveillées, soit d'une seule otite aigue refroidie médicalement avec enkystement des lésions, formation d'adhérences fibreuses cicatricielles, avec blocage de la chaîne des osselets.

Ce sont surtout les troubles fonctionnels qui amènent les malades, souvent de grands enfants, parfois des adultes, à consulter; avant tout, hypoacousie variable dans son intensité, parfois légère n'entraînant qu'une gêne sociale ou scolaire modérée; parfois très marquée entraînant une véritable surdité sociale.

A cette surdité peuvent s'ajouter des acouphènes, en général, de tonalité grave.

L'examen révèle un ou les 2 tympans blanchâtres ou gris terne peu lumineux, avec parfois l'impression de bandes fibreuses ou de plage calcaire. Le tympan est souvent rétracté avec saillie de la courte apophyse du marteau.

Le tympan est peu mobile au spéculum de Siegle, la trompe d'Eustache est rarement imperméable, mais l'insufflation ne soulage en rien le malade. L'acoumétrie révèle une hypoacousie manifeste à la voix chuchotée, à la montre, aux diapasons. Le weber est latéralisé du côté de l'oreille malade, ou la plus malade, le Rinne est négatif.

L'audiométrie vient confirmer qu'il s'agit bien d'une hypoacousie de transmission avec parfois une légère atteinte cochléaire sur les aigus.

Cette audiométrie permet d'en apprécier l'importance et d'en suivre l'évolution.

Nous aurions pu citer de nombreuses observations de cette complication-séquelle. Nous nous bornerons à en citer une assez typique.

Observation N° 1

Enfant de 12 ans, otites gauches à répétition avec parfois otorrhée, souvent sans otorrhée: les symptômes se bornant alors à l'otalgie avec plus ou moins de fièvre. Cet enfant n'a pas subi de paracentèse. Chaque poussée d'otite a été uniquement soignée par le généraliste, sans grande surveillance otologique ou acoumétrique.

Le traitement, à chaque poussée, a été constitué par l'absorption abondante d'antibiotiques per os, assez prolongée, 5 à 6 jours et d'antiphlogistiques locaux.

L'évolution de ces otites a toujours été apparemment favorable réagissant bien au traitement comme dit le médecin, car très rapidement en 48 h ou 3 jours, douleurs et fièvre disparaissent. Cependant, la mère précise que l'enfant reste "dur d'oreille" pendant longtemps après l'otite. Cette hypoacousie étant comme l'otite unilatérale, elle n'inquiète ni le médecin ni la famille.

Le médecin a cependant conseillé une adénoïdectomie et une amygdalectomie qui ont été pratiquées après plusieurs années grevées de ces accidents itératifs.

La mère voit pour la première fois un otologiste parce qu'elle trouve l'enfant "sourd" d'une oreille.

L'examen montre un enfant en bon état physique. L'otoscopie révèle un tympan grisâtre, peu lumineux, très rétracté, semblant plaqué contre le promontoire et dessinant parfaitement le marteau dont la courte apophyse est saillante. La motilité est très limitée au Siegle.

Le pharynx est correct avec une bonne cicatrice souple d'amygdalectomie, le cavum est libre, la trompe perméable.

L'audition du côté malade est très médiocre, la voix chuchotée est mal perçue, la montre non perçue. L'audition paraît bonne du côté sain.

L'audiogramme révèle une très légère atteinte de transmission du côté sain, négligeable, mais du côté malade, on note une perte de 25 à 30 db. en conduction aérienne, sur les graves, remontant à 20 db sur les aigus.

La conduction osseuse, sensiblement normale avec une légère chute à partir de 4.000. Le Sullivan est voisin de 0, le weber est

latéralisé du côté ~~ma~~ malade.

Nous nous trouvons donc en présence d'une lésion typique d'otite résiduelle scléro-cicatricielle.

Nous en connaissons les difficultés thérapeutiques actuelles malgré les espoirs qu'avaient fait naître les injections transtympaniques de corticoïdes. Le pronostic fonctionnel est peu favorable, la trompe étant perméable spontanément on a peu à attendre d'une aération permanente type Shea. La libération des adhérences, la mobilisation de la chaîne des osselets dont les nouvelles techniques sont aujourd'hui essayées, ne sont pas encore définitivement assurées de succès.

Le cas présenté est fréquent, ce n'est pas tragique du fait de l'unilatéralité, mais les formes bilatérales ne sont pas rares avec toutes les conséquences scolaires et sociales.

Nous allons situer là une observation typique de l'insuffisance du traitement antibiotique seul au cours d'une otite aigue suppurée. Nous la situons là car nous ignorons quelles en auraient pu être les conséquences si elle n'avait été tardivement drainée largement.

Nous examinerons aussi une 2ème observation d'insuffisance du traitement antibiotique dont on ignore également quelle en aurait pu être l'évolution si tardivement, mais encore à temps, elle n'avait eu un examen fortuit, mais heureux, par un otologiste.

- Observation N° 2

Enfant de 8 ans, fils d'un navigant d'Air-France. Cet enfant a été emmené aux U.S.A. lors d'un vol, piloté par son père.

Le lendemain de son arrivée aux U.S.A., l'enfant fait une

poussée aigue d'otite avec, d'après les parents, otalgie particulièrement vive et forte fièvre; quelques vomissements.

Un spécialiste O.R.L. a été consulté, qui déclare être opposé à la paracentèse et partisan du traitement antibiotique. L'antibiothérapie est instituée sans traitements locaux valables. D'après les parents, le traitement semble avoir été important, associant les injections intra-musculaires à un traitement per os.

Après une amélioration très passagère de quelques heures, reprise de la fièvre avec otalgie, hémicrânie, douleurs vives à la palpation de la région rétro-auriculaire. Il semble, d'après les parents que l'audition ait été très perturbée.

Le spécialiste revoit l'enfant et renforce le traitement antibiotique sans drainage.

Au 10ème jour du traitement, devant le peu de résultat de sa thérapeutique médicale, il fait entrer l'enfant à l'hôpital pour l'opérer le lendemain de mastoïdite.

Le père inquiet et ne pouvant rester aux U.S.A. ramène l'enfant en France rapidement par le vol du lendemain. Le spécialiste sermonne le père en lui affirmant que la vie de son fils est en danger.

L'enfant est examiné le jour même par un spécialiste à Paris. Celui-ci trouve à l'otoscopie un tympan rouge beaucoup plus bombé qu'infiltré. Il n'y a pas de chute de la paroi postéro-supérieure du conduit. La douleur provoquée rétro-auriculaire est uniquement antrale, sans douleur au bord postérieur et à la pointe. La radiographie montre: un plan mastoïdien, sans disparition de la trame cellulaire. Il fait une large paracentèse qui donne du pus sous pression. En quelques heures la fièvre disparaît, douleur spontanée et provoquée

disparaissent sans nouveau traitement antibiotique et l'enfant se trouve guéri en moins de 4 jours.

Cette observation montre clairement l'insuffisance du traitement antibiotique seul, sans drainage, dans une otite manifestement suppurée. Il est probable que la mastoïdectomie aurait également mis fin à l'évolution par drainage postérieur; cependant cette thérapeutique n'était pas sans inconvénient ni danger.

Que serait devenue une telle otite, sans drainage ou sans mastoïdectomie ? il est impossible de le dire avec exactitude, mais il est probable qu'on exposait l'enfant à des complications sérieuses immédiates, soit à une évolution vers une otite chronique, soit à la formation plus ou moins tardive d'une otite cicatricielle scléro-adhésive.

Observation N° 3

Il s'agit d'une fillette de 10 ans; malgré une adénoïdectomie et des traitements divers pour modifier le terrain de cette enfant aux antécédents d'otites répétées ayant nécessité des paracentèses sans menace de complications et sans séquelles, cette enfant a fait il y a une quinzaine de jours une nouvelle otite "assez semblable aux autres", d'après les parents: otalgie vive, fièvre élevée, hémicrânie et hypoacousie. Devant cet épisode si semblable à ceux qui l'ont précédé, les parents qui en ont "assez des paracentèses" font venir le pédiatre qui soigne les otites "sans paracentèses" (Sic)

Le pédiatre après une otoscopie rapide, sans appréciation de l'hypoacousie prescrit quelques instillations locales (osmotol) et commence un important traitement antibiotique. Très rapidement tout semble rentrer dans l'ordre, la température redevient normale, la douleur s'estompe et disparaît en 3 jours, le sommeil réapparaît sans nécessiter d'aspirine. Les parents sont heureux de cette évolu-

tion simplifiée, l'enfant est délivré de la crainte justifiée de la paracentèse.

Vers le 15ème jour, le spécialiste habituel est appelé pour une tout autre affection chez un autre enfant de la même famille et on lui raconte l'histoire avec force détails, cependant le spécialiste demande tout de même à voir l'enfant. A l'examen: il est pâle, langue sale, présente des sueurs nocturnes, tous signes mis jusque là sur le compte de la fatigue occasionnée par les antibiotiques.

L'otoscopie révèle un tympan très bombé même infiltré un peu jambonné, sans chute de paroi.

Il existe une douleur antrale vive au palper appuyé. Enfin et surtout l'enfant a une très importante hypoacousie, n'entend pas la voix haute de l'oreille malade.

Ce dernier symptôme, ignoré jusque là par les parents, les inquiète et les décide à accepter une paracentèse tardive.

La paracentèse ouvre la voie à une otorrhée purulente abondante (l'examen bactériologique n'a pas été fait, il aurait peut être été stérile.)

4 à 5 jours après la paracentèse, l'écoulement se tarit, l'enfant se sent moins fatiguée et dort mieux. L'audition redevient rapidement normale et cette otite guérit rapidement sans complications ni séquelles.

Là encore sans cette paracentèse du quinzième jour il n'est pas impossible que l'évolution se soit faite vers les complications tardives que nous allons voir ultérieurement, en une évolution vers la chronicité soit otite chronique, soit otite scléro adhésive.

IV.- COMPLICATIONS LABYRINTHIQUES

Observation N° 4

Enfant de 4 ans, ayant eu de nombreuses otites avec paracentèse - fait une nouvelle otite très fébrile et douloureuse - l'enfant a une peur panique de la venue de l'O.R.L. et de l'éventualité d'une nouvelle paracentèse. On assiste à une véritable crise d'agitation nerveuse. Devant ce tableau de terreur, malgré les signes patents tant fonctionnels que cliniques plaidant en faveur d'une otite aigue suppurée à paracentéser, on espère qu'un traitement antibiotique renforcé viendra à bout de l'infection. Pénicilline per os à forte dose bien tolérée d'ailleurs. Tout semble s'arranger " l'effet de masque" est typique; cependant au bout de 48 h d'accalmie, les douleurs réapparaissent avec reprise légère de la température. Mais il y a plus: l'enfant accuse des vertiges importants avec vomissements répétés. Il ne tient plus debout. Il présente un nystagmus battant du côté opposé de l'oreille malade et une déviation nette des index du côté de l'otite. Malgré celà le weber reste latéralisé vers le côté malade. Et, s'il y a atteinte vestibulaire certaine, la cochlée semble respectée.

On pratique donc, tardivement, une paracentèse sous anesthésie générale - pus abondant. L'amélioration est très rapide en 4 à 5 jours, la douleur et la fièvre cèdent les premières. Les vertiges s'améliorent, les vomissements cessent et l'enfant guérit rapidement sans séquelles.

Cette observation montre encore l'insuffisance du traitement antibiotique sans drainage dans une otite suppurée. Le cas s'est terminé heureusement, car il s'agissait vraisemblablement d'une labyrinthite inflammatoire.

Mais quelles en auraient été les séquelles s'il s'était agi d'une labyrrhintite suppurée ?

Observation N° 5

Une jeune femme de 35 ans, mère de famille nombreuse, fait une otite aigue droite au cours d'un épisode infectieux familial (Rhino-pharyngite de plusieurs enfants, dont l'un accompagné d'otite) - Douleurs vives, fièvre à 38°5 - tympan rouge légèrement bombé - pas de douleur antrale à la palpation - audition médiocre mais assez bien respectée.

Devant les symptômes peu alarmants, on essaye un traitement antibiotique sans drainage - l'amélioration des signes fonctionnels et généraux est rapide. On croit l'otite enrayée. Mais "l'effet de masque" est là encore typique. Au 8ème jour, reprise des phénomènes douloureux auriculaires et rétro-auriculaires.

L'audition est très médiocre, difficile à préciser sans audiogramme, elle semble pourtant mixte.

Il apparait rapidement un syndrome vertigineux net avec nausées sans vomissement - tendance à la chute et déviation des index vers la droite, côté de l'oreille malade - léger nystagmus spontané battant à gauche.

Le tympan est presque redevenu normal; il est gris, plat et lumineux. On ne pratique donc pas de paracentèse et on poursuit l'antibiothérapie avec quelques calmants vestibulaires car on espère qu'il s'agit de phénomènes oedémato-inflammatoires réactionnels.

L'évolution n'est pas favorable, les vertiges ne s'améliorent pas, et au 10ème jour les douleurs spontanées et provoquées mastoïdiennes font pratiquer une radiographie. Elle révèle une grosse

atteinte mastoïdienne avec disparition des trainées cellulaires et apparition nette du bord antérieur du sinus latéral.

On pratique une mastoïdectomie large jusqu'aux corticales qui sont saines - ablation de la pointe jusqu'au digastrique. On trouve une ostéite fungo-purulente. Guérison sans séquelles en quelques jours.

Observation N° 6

Jeune religieuse enseignante de 28 ans - otite aigue gauche avec otalgie - fièvre à 39 ° - légère hypoacousie, mais il n'existe pas de douleurs provoquées antrales - tympan normal dans sa pars tensa, mais shrapnell rouge et légèrement saillant.

Devant cette atticite aigue avec une pars tensa quasi normale on ne fait pas de paracentèse - traitement antibiotique associé et important (parentéral et per os)

Les phénomènes fonctionnels d'otite (otalgie et fièvre) s'améliorent rapidement.

Cependant, il apparait une mastodynne importante spontanée. La palpation du bloc postérieur de la mastoïde est pénible. Il apparait alors un syndrome vertigineux avec vomissements et un nystagmus instable, semblant d'abord battre du côté de l'oreille malade, puis paraissant s'inverser - une paracentèse tardive ne donne aucun résultat pratique. La radiographie mastoïdienne montre une atteinte importante avec destruction cellulaire - Mastoïdectomie - ostéite manifeste avec impression de sucre mouillé et quelques cellules remplies de pus. Les corticales sont saines.

Guérison rapide avec persistance d'un léger déséquilibre quelques semaines.

Nous voyons encore là les insuffisances du traitement antibiotique, auteur d'un "effet de masque" trompeur, puisque douleurs et fièvre disparaissent rapidement, le tympan redevenant même normal le seul signe persistant étant l'hypoacousie qui elle, allait, au contraire en s'accentuant.

:--:--:--:--:--:

V.- M E N I N G I T E O T O G E N EObservation N° 7

Il s'agit d'un enfant de 5 ans, habitué des poussées d'otite congestives très douloureuses, très fébriles, mais éphémères, s'améliorant rapidement par un traitement local antiphlogistique et un traitement antibiotique (Cyclines ou propiocrine) - après les crises, il ne subsistait en général, ni modification tympanale, ni séquelles auditives.

Une nouvelle poussée d'otalgie fébrile gauche, très semblable aux autres, au décours d'une rhino-pharyngite, fait appeler le spécialiste. Celui-ci s'étonne de trouver cette fois un tympan un peu bombé une audition plus perturbée que les fois précédentes.

Malgré cette petite différence, il décide de traiter le cas, comme les précédents, par l'antibiothérapie et les soins locaux habituels. Sagement, il demande à la famille de le tenir au courant par téléphone, si l'évolution ne semblait pas favorable, afin de pratiquer alors un examen otoscopique. Le 5ème ou le 6ème jour, les parents lui téléphonent que l'enfant se porte bien, qu'il ne souffre plus, que sa température est normale.

L'enfant pourtant ressent une impression d'oreille bouchée dont le spécialiste ne se méfie pas, car il permet la reprise des activités scolaires. Trois jours après, le spécialiste est appelé d'urgence, l'enfant souffrant de nouveau de l'oreille, et surtout, accusant une céphalée très vive gravative avec vomissements. Il n'y a pas de vertiges, mais la fièvre est remontée à 39° avec quelques frissons.

L'examen montre un enfant pâle, aux traits tirés, semblant

souffrir considérablement de la tête avec une certaine photophobie il se plaint également de la région mastoïdienne gauche.

Il n'est pas difficile de faire le diagnostic de méningite l'enfant présentant une contracture avec raideur de la nuque et Koernig.

La région mastoïdienne est très douloureuse au palper surtout au bord postérieur de la pointe.

Le tympan est très infiltré avec chute de la paroi postéro-supérieure du conduit.

Une ponction lombaire révèle un L C R hypertendu très troublé où l'on trouve de nombreux polynucléaires altérés, sans germe à l'examen direct ni à la culture.

Transporté à la clinique, l'enfant est aussitôt opéré - large mastoïdectomie. La mastoïde est ostéitique dans toute son étendue - fongosités et pus surtout dans les trainées inter sinuso-faciale et inter sinuso durale. La corticale du sinus latéral est saine. La dure-mère est dénudée sur 1 cm autour de l'ancre, elle paraît saine. On profite de l'anesthésie pour faire une large paracentèse. Après l'opération, on renforce le traitement antibiotique auquel on associe les sulfamides qui passent bien la barrière méningée. La guérison de la méningite et de la mastoïdite survient en quelques jours sans séquelles.

Bien que les examens de laboratoire n'aient pas pu permettre de connaître le germe, il semble que ceux-ci étaient sensibles aux antibiotiques et aux sulfamides employés puisque la guérison a été rapide et spectaculaire en association au drainage, à l'éradication

du foyer, aux traitements anti-infectieux.

Cette nouvelle observation montre la possibilité de l'apparition d'une atteinte méningée importante avec ostéite mastoïdienne survenant sous traitement antibiotique dans une otite suppurée non drainée et mal surveillée.

:~::~~::~~::~~::~~:

VI.- COMPLICATIONS A DISTANCE DES OTITES

Il faut bien le dire, les complications à distance déjà rares autrefois sont devenues exceptionnelles, mais il est un fait que les dernières observations publiées montrent qu'il s'agit plus souvent d'otites masquées par les antibiotiques employés sans drainage.

Complications parfois très tardives, alors que l'otite est guérie depuis quelque temps, que les tympans sont quasi normaux et qu'il est parfois difficile de rattacher à l'otite les accidents en question.

A côté des ostéïtes profondes du rocher, bien décrites par Ramadier en 1933 qui étaient autrefois l'apanage d'otites ou d'otomastoïdites bruyantes et qui se voient surtout aujourd'hui après les otites batardes masquées par le traitement antibiotique, il faut citer les complications cervicales des otites (mastoïdite de Bezold ou pseudo Bezold, abcès de la nuque). Il faut citer aussi les complications pharyngées (abcès rétro-styliens, abcès latéro-pharyngiens)

:--:-:-:-:

VII.- COMPLICATIONS THROMBO-PHLEBITIQUES ET SEPTICEMIE

De même que nous avons vu plus haut la possibilité de méningite otogène après mastoïdite masquée, il est possible de voir des thrombo-phlébites avec septicémie.

Il semble que cette éventualité soit particulièrement rare. La thrombo-phlébite du sinus latéral, si fréquente autrefois avant l'ère des antibiotiques semble être un des succès évidents de cette thérapeutique.

: - : - : - : - : - : - : - :

IX.- ENFANTS DU PREMIER AGE ET NOURRISSONS

Devant les constatations faites depuis 18 mois dans les crèches hospitalières et à la suite de l'importante communication faite par le Dr. GODDE et Dr. FOURNIER à la Société O.R.L. des hôpitaux de Paris en décembre 1969, et à la suite de la discussion qui a suivi cette communication (en particulier les faits rapportés par le Dr. P.E. PONCET), à la suite des références de ces auteurs aux travaux du Dr. BEREZIN, nous devons ajouter à ce travail un chapitre sur les otites des nourrissons, en particulier ceux qui sont suivis dans les crèches hospitalières ou dans les services d'isolement.

Depuis des années, en particulier depuis l'avènement des antibiotiques, l'antrite du nourrisson était devenue exceptionnelle (ce qui était spectaculaire après la débauche d'antrotomies effectuées quasi systématiquement dans les toxicoses dans les années 1936 à 1940.

Il est manifeste que malgré les antibiotiques, la reprise des antrites et des attico-antrites constatées cliniquement et opératoirement chez les nourrissons de crèche, est certaine.

A quoi attribuer cette reprise d'antrites apparaissant sous traitement antibiotique après une pause spectaculaire de près de 30 ans ? Nous ne saurions l'affirmer d'une manière certaine et nous nous contenterons d'émettre des hypothèses sans certitude formelle.

Nous commencerons par incriminer (comme nous l'avons déjà fait à plusieurs reprises dans cette étude) les otites plus ou moins bien diagnostiquées, soignées arbitrairement et sans aucune surveillance otologique.

Il ne faut pas passer, en effet, sous silence les erreurs

thérapeutique: absence de drainage dans les otites manifestement suppurées, antibiothérapie insuffisante, non seulement dans ses doses mais aussi dans sa durée.

Un certain nombre de bébés arrivant à la crèche avec une antrite quasi confirmée, ont une otorrhée spontanée, sans paracentèse, avec un traitement antibiotique court, mais répété à plusieurs reprises (avec souvent changement d'antibiotiques)

Souvent, dans ces cas, l'otoscopie montre un pic de vache à la partie supérieure du tympan, révélant l'insuffisance de drainage, malgré une otorrhée qui paraît importante.

Nous pourrions invoquer aussi une antibiothérapie mal systématisée par l'emploi d'antibiotiques non appropriés. S'il est normal de donner au début une antibiothérapie courante à large spectre, lorsque l'évolution se prolonge, lorsque les rechutes se répètent, lorsque l'otite devient subaigüe, lorsque l'état général s'altère, il est illogique de ne pas faire un antibiogramme qui révèle parfois (si la culture n'est pas stérile, ce qui est fréquent) un staphylocoque pathogène, un proteus mirabilis, un entérocoque dont on connaît la résistance à de nombreux antibiotiques courants.

Il ne faut pas non plus passer sous silence, hélas, la possibilité de réinfection par des paracentèses itératives sans précautions d'asepsie suffisante.

Il est possible, aussi, d'évoquer la possibilité de "mutations" de certains germes, sous l'influence d'antibiothérapie insuffisante et répétée (ce qui expliquerait peut être aussi la stérilité paradoxale de pus d'otite du nourrisson Dr. ACCARD)

Enfin, comme nous le verrons plus loin, peut-être faut-il invoquer une insuffisance immunitaire par défaut d'anticorps chez ces enfants soumis à des antibiotiques de façon itérative dès leur naissance

Pour ce chapitre important nous renvoyons le lecteur à la thèse très complète du Dr. FOURNIER, Paris, 1970.

Mais, il faut bien l'avouer, certaines de ces antrites actuelles surviennent chez des nourrissons sans passé pathologique, n'ayant pas été gavés d'antibiotiques, sans grand trouble de l'état général, pouvant faire évoquer la subtoxicose comme cause déclenchante de cette antrite. Ces antrites peuvent survenir dans ces cas, chez des enfants bien suivis otologiquement avec une otite convenablement drainée et sous antibiothérapie bien réglée.

Il s'agit là, évidemment, d'une insuffisance de l'antibiothérapie elle-même.

Observation N° 8

Nourrisson de 4 mois, magnifique bébé sans passé pathologique. Il entre à la crèche pour une affection broncho-pulmonaire aigue contractée au cours d'une infection familiale.

Il n'a pas de vomissements, une légère diarrhée amicrobienne à la coproculture.

A son entrée, il ne souffre pas, les tympans sont normaux, il est vierge de tout traitement antibiotique.

Sous l'influence de l'antibiothérapie, l'infection broncho-pulmonaire s'améliore rapidement, la température redevient normale, l'enfant semble guéri; mais, après trois jours, malgré la poursuite des antibiotiques, la fièvre reprend, ainsi que la diarrhée, tandis qu'apparaît une otalgie. L'otoscopie montre des tympans très modifiés les points de repaires ont disparu, les tympans sont blanchâtres, très épais et bombés.

La paracentèse provoque un écoulement purulent immédiat qui se révèle stérile à la culture.

On prescrit une antibiothérapie mixte per os d'ampicilline et en I M de gentalline.

Malgré le traitement et l'excellent drainage, l'état des tym-pans reste identique et progressivement l'état général s'altère sans aucun signe de toxicose. Puis surviennent des périodes alternativement d'otorrhée et de rétention nécessitant de nouvelles paracentèses.

La paroi postérieure du conduit auditif ébauche rapidement une chute, on décide d'intervenir.

A l'intervention, très grosses lésions bilatérales d'ostéite avec fongosités antrales, péri-antrales, trainées inter sinuso faciale et racine du zygoma. On agrandit largement l'aditus sans pratiquer d'atticotomie. Les fongosités sont stériles à la culture.

Toutes ces lésions se sont constituées sous une antibiothérapie importante, longue, bien conduite.

On peut donc, là encore, parler d'insuffisance de l'antibiothérapie.

Observation N° 9:

La même réflexion peut être faite pour cette deuxième observation. Enfant de 8 mois, magnifique bébé, très bien soigné dans une famille très attentive. Cet enfant est hospitalisé à la crèche de l'hôpital St. Joseph pour une infection urinaire. Sous traitement approprié, l'infection urinaire guérit très rapidement et l'enfant reste florissant, en bon état général et en particulier il n'existe aucun indice clinique et otoscopique d'infection auriculaire.

La veille de sa sortie de l'hôpital, apparaît une otite aigue bilatérale, fébrile, douloureuse sans troubles digestifs; les tympans sont rouges et très bombés. La paracentèse entraîne immédiatement une issue de pus. L'enfant est mis aux antibiotiques, l'antibiothérapie est importante, à large spectre et mixte.

Malgré drainage et antibiothérapie convenable, l'évolution est décevante, faite d'alternatives de poussées et de rémission; les périodes de rétention se caractérisant par la présence de tympans blancs et très bombés. Le drainage est parfois spontané, les paracentèses sont nombreuses, le pus, stérile chaque fois.

Ces périodes alternantes de poussées rémission durent deux mois, et cependant l'enfant reste magnifique, son appétit est excellent les selles normales.

Malgré l'absence de signes évidents d'antrite on décide une antrotomie bilatérale.

A l'intervention on s'aperçoit qu'on a dépassé le stade de l'antrite, qu'il existe une véritable petite mastoïde qui est complètement atteinte des 2 côtés par une ostéite importante, des fongosités et du pus, en particulier dans la trainée inter sinuso faciale et dans la racine du zygoma.

Là encore nous avons hésité à faire une atticotomie. Nous nous sommes contentés d'un important élargissement de l'aditus avec ébauche d'atticotomie postérieure.

L'évolution ultérieure a été sans histoire.

:--:--:--:--:--:

VIII.- INTERET DE LA PRATIQUE PRECOCE d'UNE IDENTIFICATION
DU GERME AVEC ANTIBIOGRAMME

Nous allons voir maintenant, qu'à côté des échecs et des insuffisances du traitement isolé par les antibiotiques lorsqu'un drainage s'impose, il existe des cas où l'antibiothérapie associée au drainage et sous surveillance est inefficace, du fait de l'insensibilité absolue du germe aux antibiotiques employés simultanément ou successivement.

Observation N° IO

Fillette de 5 ans, dixième enfant d'une famille de forains vivant dans des conditions d'habitat particulièrement mauvaise.
(les IO enfants et les parents dans une petite caravane)

Malgré tout, l'enfant est très bien soigné, par des parents intelligents et attentifs. Otite aigue droite sévère d'emblée, avec douleurs très vives et forte élévation thermique. Cette otite est soignée précocement dans le service O R L de l'hôpital St. Joseph. Large paracentèse sous anesthésie générale. Le traitement antibiotique est institué immédiatement, il est polyvalent.

La douleur et la fièvre s'amendent, sous l'effet du drainage et d'un écoulement abondant d'emblée, fétide bien qu'il s'agisse d'une otite aigue sans antécédents de chronicité.

Mais après une période d'amélioration de quelques jours, l'état général reste médiocre, avec insomnie et état subfébrile. La douleur réapparaît localisée surtout à la région mastoïdienne, bord postérieur et pointe, en particulier.

Le tympan reste très infiltré, c'est le tableau classique d'une mastoïdite survenant malgré un traitement antibiotique important. La radio révèle une destruction cellulaire apophysaire manifeste.

Une mastoïdectomie est pratiquée qui révèle une ostéïte totale de la mastoïde avec du pus fétide. Les corticales sont saines.

On pratique un prélèvement de pus pour identification du germe et antibiogramme. Après l'intervention et jusqu'à la connaissance des résultats de l'antibiogramme qui demande plus de 48 h, l'évolution est assez peu favorable, la température reste irrégulière, l'enfant est pâle et fatiguée.

La réponse de l'antibiogramme nous donne la clé de cette insuffisance des antibiotiques: *Protéus mirabilis* à l'état pur, insensible à tous les antibiotiques habituels, particulièrement sensible à la gentamycine.

Des injections de cet antibiotique amènent une amélioration rapide et une guérison en une semaine.

Il est curieux de noter que cette enfant fera une nouvelle otite I an après sa mastoïdectomie, le pus examiné retrouvera le même germe: *Proteus mirabilis*, le même antibiotique sera réemployé avec succès.

Observation N° 11

Vieillard de 75 ans, d'un milieu très aisé, vivant dans d'excellentes conditions d'hygiène et bien soigné. Otite traitée en ville, par son médecin traitant avec force antibiotiques différents et successifs. Ecoulement spontané, mais malgré la poursuite acharnée d'une antibiothérapie polyvalente, l'évolution n'est pas favorable et des signes de mastoïdite apparaissent avec tympan infiltré, chute de la paroi postéro-supérieure du conduit, douleurs mastoïdiennes, pâleur, sueurs,

état subfébrile.

La radiographie confirme le diagnostic.

Il est hospitalisé à l'hôpital St. Joseph. L'examen du pus le révèle bleu verdâtre, d'odeur très spéciale aigrette qui fait penser d'emblée au pyocyanique.

On pratique une mastoïdectomie large. La mastoïde est très ostéitique, le pus trouvé à l'intervention est examiné: Pyocyanique à l'état presque pur, sensible uniquement à la polymyxine. et colimycine. Traité en ce sens, le malade guérit, malgré son âge.

Il n'est pas impossible de penser qu'une recherche précoce du germe (le pus étant, en plus, assez évocateur) et un antibiogramme aurait pu empêcher l'évolution vers la mastoïdite.

Observation N° 12

Nourrisson de 10 mois, magnifique bébé, fils d'une pédiatre.

Ce nourrisson fait une otite aigue assez typique, unilatérale sthénique, sans signe larvé de toxicose. Malgré douleurs et grosse fièvre, l'enfant garde son sourire et son aspect florissant. Une paracentèse est pratiquée avec écoulement immédiat. L'antibiothérapie est instituée par la mère qui est, nous l'avons vu, pédiatre. L'amélioration est très rapide, le tympan redevient normal en 48 h.

Mais peu après (2 jours) reprise des signes fonctionnels généraux et physiques. On pratique une nouvelle paracentèse et on prescrit une antibiothérapie différente. L'évolution est identique et en quelques jours, nouvelle poussée sans aucun signe d'antrite ni de subtoxicose.

A la 5ème ou 6ème reprise, malgré le bon état général de

l'enfant on envisage une antrotomie de sécurité malgré une formule sanguine sans leucocytose, mais aussi on pratique un examen du germe avec antibiogramme.

Réponse du laboratoire: staphylocoque doré très pathogène, insensible à tous les antibiotiques et aux sulfamides à l'exception de la spiramycine.

Traité en conséquence, en quelques jours, tout rentre dans l'ordre sans rechute.

Ces trois observations montrent que, dans ces cas, l'insuffisance thérapeutique n'était pas due à une erreur, en particulier la négligence de drainage, mais manifestement due à l'existence de germes très spéciaux peu ou non sensibles à l'ensemble des antibiotiques à large spectre. L'usage des antibiotiques sensibles ayant amené, de suite, une guérison stable.

Ces trois observations nous incitent à rechercher le plus rapidement possible le germe en cause et sa sensibilité aux antibiotiques.

On sait néanmoins que bien des fois, surtout dans les otites de nourrisson traitées aux antibiotiques pour la rhino-pharyngite initiale, le pus est stérile et ne permet ni identification, ni antibiogramme. Il faut savoir aussi que l'antibiogramme est une bonne indication, mais n'a pas une valeur absolue et que la réaction des germes est souvent différente in vitro et in vivo.

Il est à noter que dans la pratique journalière la recherche de l'antibiogramme est souvent sans résultat du fait de tardives réponses, survenant après une évolution heureuse rapide de l'otite en cours.

Il n'en reste pas moins vrai que cette recherche du germe et de son antibiogramme doit être faite dès que la suppuration oto-mastoïdienne ne paraît pas évoluer normalement et rapidement avec les antibiotiques à large spectre employés couramment.

:--:--:--:--:

IX.- CONSIDERATIONS SUR LES RAPPORTS ENTRE L'ANTIBIOTHERAPIE
ET LA FREQUENCE ACTUELLE DES OTITES A REPETITION CHEZ
LES JEUNES ENFANTS

L'antibiothérapie, nous l'avons vu, comme traitement isolé ou associé aux anti-inflammatoires et au drainage a changé l'évolution des otites et a modifié considérablement le pronostic, rendant très rares les complications jadis fréquentes. (Mastoïdite, phlébite, accidents méningés)

Il n'en est pas moins vrai qu'un problème nouveau est apparu dans les vingt dernières années, qui est la fréquence des otites à répétition chez les jeunes enfants.

Ce fait, manifeste, doit entrer dans le contexte de cet exposé sur l'antibiothérapie des otites aiguës.

Quel est le rôle de l'antibiothérapie précoce et répétée dans ce nouveau phénomène ?

Il est loin d'être certain et reste hypothétique, mais il importe, par de nouvelles recherches de préciser les causes exactes de cette entité nosologique qui constitue un véritable calvaire pour les enfants, pour leurs parents et leurs médecins qui risquent "d'y perdre la face".

S'agit-il d'allergie microbienne bien connue à ce jour, comme ont pu le montrer la recherche des tests cutanés, le rôle parfois heureux des traitements antiallergiques associés à la désensibilisation par une vaccination lente et prudente (auto-vaccin ou stop vaccin)

S'agit-il de foyers infectieux persistants après des otites soignées par l'antibiothérapie, évoluant vers une attécite à tympan fermé particulièrement muette ?

S'agit-il enfin d'un phénomène immunologique ? La précocité et la fréquence de l'antibiothérapie chez les jeunes enfants dès les premiers symptômes d'une affection qui fait "craindre l'otite" si redoutée, n'entraînent-elles pas une absence de lutte spontanée du malade contre le germe envahisseur et ne troublent-elles pas l'apparition des anticorps ? Les antibiotiques prenant le relai de la lutte spontanée de l'enfant.

Ce sont là des hypothèses qu'il faudrait vérifier, ce qui semble possible avec les progrès de l'immunologie. Leur démonstration devrait dans ce cas modifier la thérapeutique et amener un léger retard de 24 à 48 h dans la prescription de l'antibiothérapie (hors, bien entendu, des cas graves d'emblée ou la précocité s'impose.)

Ce léger retard ne permettrait-il pas à l'enfant de créer des anticorps qui faciliteraient les résultats ultérieurs du traitement en s'opposant aux récidives.

Enfin, et à côté de ces phénomènes immunologiques ne devons nous pas penser à la possibilité d'une atteinte des moyens de défense normaux à la suite de ces antibiotiques prolongés et répétés.

L'hypogranulocytose retrouvée parfois chez ces jeunes enfants, l'hypogammaglobulinémie ne sont-ils pas aussi une cause de ce peu de défense de l'organisme ?

Voilà des sujets de réflexions et d'étude qui devraient, à l'avenir, compléter celui sur l'antibiothérapie.

:~:~:~:~:

- C O N C L U S I O N S -

Nous nous sommes bornés dans cette étude au traitement des otites aiguës, éliminant ainsi les otites chroniques et leurs poussées de réchauffement.

Nous nous sommes attachés à différencier essentiellement les variétés d'otites aiguës, leurs diagnostics étant indispensables à connaître pour choisir leurs traitements.

Nous avons insisté sur la nécessité de suivre par l'examen otologique l'évolution des otites traitées médicalement, examen trop souvent négligé par certains généralistes traitant les otites par eux-mêmes.

Nous avons montré la nécessité d'un drainage par paracentèse dans les otites aiguës suppurées, malgré l'antibiothérapie.

En rapportant certaines observations, nous avons montré comment la méconnaissance des formes cliniques de ces otites, la négligence dans leur surveillance clinique, pouvaient expliquer les complications secondaires ou les séquelles.

Nous avons aussi évoqué le rôle que pouvait jouer l'antibiothérapie précoce et répétée dans les otites récidivantes si fréquentes aujourd'hui et si désespérantes chez les enfants du premier et du deuxième âge.

Ces réflexions ne sont pas, loin de là, une critique inconditionnelle de l'antibiothérapie, mais un appel à la prudence et à la nécessité de surveillance, afin d'éviter "l'effet de masque", souvent responsable des séquelles et des complications secondaires.

:--:--:--:--:--:

Vu: le Président:

M. le Professeur Maurice AUBRY

Vu: le Recteur:

M. MALLET

Vu: le Doyen:

M. BROUET

- B I B L I O G R A P H I E -

- ABOULKER P.- Etat actuel du traitement des otites suppurées.- Rev. Praticien, 21 juil. 1963, 13, N° 21, 2563-2572
- BARRIER M.- La Pristinamycine. Etude expérimentale. Utilisation clinique en Oto-rhino-laryngologie.- Thèse Paris, 1967, N° 277 60 pages.
- BASS J.W., COHEN S.H. CORLESS.J.D. & MAMUNES P.- Comparaison de l'ampicilline et d'autres antimicrobiens dans l'otite moyenne aiguë.- J.A.M.A. 20 Nov. 1967, 202, N° 8, 697-702, 6 tabl. (Bibliogr.)
- BEREZIN A.- L'antibiothérapie mal conduite dans la genèse des antro-atticites du nourrisson et de l'otite chronique.- Med. Pratic. Nov. 1969, 25, N° 377, 112.
- BRANDAO F.S. et VIEIRA F.L.- Emploi du triacétyloléandomycine dans les infections otolaryngologiques aiguës (TAO).- O Hospital, août 1967, 72, N° 2, 626-631.
- CAMPO-PAYSA, LAPICOREY et MERLE.- A propos de la tétracyne-oléandomycine en O.R.L.- Lyon méd. 19 janv. 1964, 96, N° 3, 135-139.
- CHOUARD C.H. et GOUJARD P.- L'association colistine-pénicilline en pathologie oto-rhino-laryngologique.- Ann. Oto-Laryng. avril-mai 1964 81, N° 4-5, 259-264.
- COYAS A. et ADAMOPOULOS G.- Suggestions pour le traitement conservateur de l'otite moyenne.- Internat. Surg. mars 1966, 45 N° 3, 300-303 (Résumé français)
- DERLACKI E.L.- Aspects médicaux du traitement des otites moyennes aiguës et chroniques.- Laryngoscope, mai 1963, 73, N° 5 501-507 (Bibliogr.)
- D'OELSNITZ M. et MAISSA S.- Le traitement local des otites infantiles par une nouvelle association cortico-antibiotique. (A propos de 27 observations).- Nice med, mars-avril 1968, 6, N° 2 67-69,
- GANZ H.- Complications de l'inflammation aiguë de l'oreille moyenne à l'ère des antibiotiques - HNO, juin 1967, 15, N° 6, 174-177. 6 tabl. (Bibliogr.)

- GARCHER H. VALLEE J.P. et GREVY A.- La terramycine en O.R.L. Etude des résultats à partir de 309 observations.- Rev. Méd. Dijon mars 1968, 3, N° 2, 133-135 (Bibliogr.)
- GOODWIN M.R.- Mastoïdite aiguë compliquée. Traitement conservateur. New-York State J. Med. 15 Fev. 1969, 69, N° 4, 594-598.
- GOUJARD P.- L'association pénicilline-colistine en pathologie oto-rhino-laryngologique.- Thèse Paris 1963, N° 631, 61 pages.
- KOROTKOVA Y.K.- Evolution et résultats éloignés du traitement dans l'otite moyenne aiguë.- Vestnik O.R.L. (Moscou) fev. 1964 N° 2, 21-27 (Bibliogr.)
- LEMOYNE J. et BOULLAYE H (de la)- L'association pénicilline colimycine en thérapeutique O.R.L.- Ann. Oto-Laryngol. Juil-août 1965 82, N° 7-8, 595-600.
- LERAULT Ph. De l'utilisation de l'ampicilline par voie générale en oto-rhino-laryngologie.- Thèse Paris 1966, N° 196, 94 pages.
- Mc. NEILL R.A.- Phénéticilline et pénicilline G dans l'otite moyenne aiguë suppurée dans l'enfance.- Brit. Med. J. 10 fev. 1962 N° 5275, 360-362 (Bibliogr.)
- MOUNIER-KUHN M.- La pentasocine en oto-rhino-laryngologie. Indications et résultats.- Lyon med. 26 fev. 1967, N° 9, 695, Thèse Lyon 1966, 41 pages.
- MOUNIER-KUHN P. CAJFINGER H. TASSIN M et JAKUBOWICZ B;- De l'intérêt de la déméthylchlortétracycline en O.R.L.- J. franç. O.R.L. fev-mars 1963, 12, N° 2, 323-337.
- MOUNIER-KUHN P et CHARACHON R.- Efficacité d'une solution de chloramphénicol et deltahydrocortisone en gouttes auriculaires (Bouchara) Rev. Laryng mars-av. 1963, 84 N° 3-4, 189.
- MOUNIER-KUHN P. CAILLARD J. et HAGUENAUER J.P.- La Furacycline en O.R.L. Juil-août 1964, 13, N° 4, 559-563.
- MOUNIER-KUHN P. BOUCHAYER M et HAGUENAUER J.P.- Utilisation d'une nouvelle pénicilline de synthèse en pathologie infectieuse O.R.L. chez les adultes.- Vie méd (Myopathies), juil. 1968, 49, 1144-1146.

- MULER H.- Problèmes thérapeutiques actuels des otites aiguës de l'enfant.- Vie med. (enquête) av. 1966, 47, 549-554
- NILSON B.W. et coll.- Otite moyenne aiguë: résultats du traitement en rapport avec l'étiologie microbienne - Pédiatries, mars 1969, 43, N° 3, 351-358 (Bibliogr.)
- NOVOTNYO.- Problème du traitement de l'otite et de la mastoïdite aiguë.- Mschr. Ohrenh, Laryngo-Rhinol. 1968, 102, N° 8, 460-467 (Bibliogr.) (Résumé français)
- PIQUET J.J.- Utilisation en O.R.L. d'un nouvel antibiotique: le 3I4 S.- Vie med., dec. 1964 n° hors série, 38-39.
- REBATTU J.P.- Le traitement des otites aiguës.- Cahiers med. Lyon, 30 juin 1967, N° 18, 1621-1629.
- REYNAUD J.- Le traitement médical des otites.- Méd. Afr. noire, 1er-15 janv. 1962, 2, N° 1, 7.
- RIBO J.- Le traitement des infections O.R.L. par l'association colistine-pénicilline.- Prensa méd. argent. 14 av. 1961, 48, N° 15 963-968 (Bibliogr.)
- RUBENSTEIN M.M. Mc. BEAN J.B. HEDGECOCK L.D. et STICKLER G.B.- Traitement de l'otite aiguë moyenne chez l'enfant. III.6 Un 3ème essai clinique.- Am. J. Dis. Child. av. 1965, 109, N° 4, 308-313. (Bibliogr.)
- SCHROEDER K. et TEUBNER E.- Otite moyenne aiguë traitée par antibiotiques.- HNO Oct. 1964, 12, N° 10, 267-273, 8 fig. (Bibliogr)
- SIARDET J.- Conduite à tenir devant une otite aiguë de l'adulte.- Vie méd. mars 1962, 43, N° 3, 413-418.
- SKURCZYNSKI.W.- Cas particuliers de l'otite grippale. Symptomatologie et traitement.- HNO. Janv. 1966, 14, N° 1, 5-7 (Bibliogr)
- SOLOW I.A. et UPDEGRAFF W.C.- II.- Traitement de l'otite séreuse allergique moyenne et résultats.- Ann. of Allergy. Juin 1965, 23. N° 6, 285-287.
- STICKLER G.B. et Mc. BEAN J.B.- Le traitement de l'otite moyenne aiguë chez l'enfant.- J.A.M.A. 11 janvier 1964, 187, N° 2, 85-89. (Bibliogr.)
- STICKLER G.B. et coll.- Traitement de l'otite moyenne aiguë chez l'enfant.- Am. J. Dis. Child. août 1967, 114, N° 2, 123-130, 6 tabl. (bibliogr.)

TAYLOR R.B. et coll.- Comparaison entre lincomycine et pénicilline dans l'otite moyenne aiguë chez l'enfant.- Am. J. Dis. Child. Fev. 1969, 117, N° 2, 139-141 (Bibliogr.)

VARGA.G.- Traitement opportun de l'inflammation aiguë de l'oreille moyenne.- HNO, Oct. 1967, 15, N° 10, 292-294 (Bibliogr.)

WILLIAMS A.H.- Méthodes de traitement de l'otite moyenne séreuse. J. internat. coll. Surgeons, juil. 1964, 42, N° 1, 67-70 (Résumé français)

YAROSLAVTSEV Y.K.- Traitement complexe des inflammations aiguës de l'oreille moyenne.- Vestnik otorino-laring. Juil. 1963 N° 5 58-63 (Bibliogr.) (Résumé anglais).

PELLERIN-DEMAIDANT J.P. DEBRAY-HUREZ.- Concours médical avril 1969 Discussion sur une série d'antrites.

DEMAIDANT J.P.- Les complications cervicales et pharyngées des otites.- Encyclopédie Février 1967

Soirées médicales chirurgicales de l'hôpital St. Joseph, 3-4 Oct. 1969.

FOURNIER.- Antro-atticite du nourrisson. Thèse 1970.

